Le reflux gastro-œsophagien et ses complications

Octobre 2019

Définition

Passage d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage.

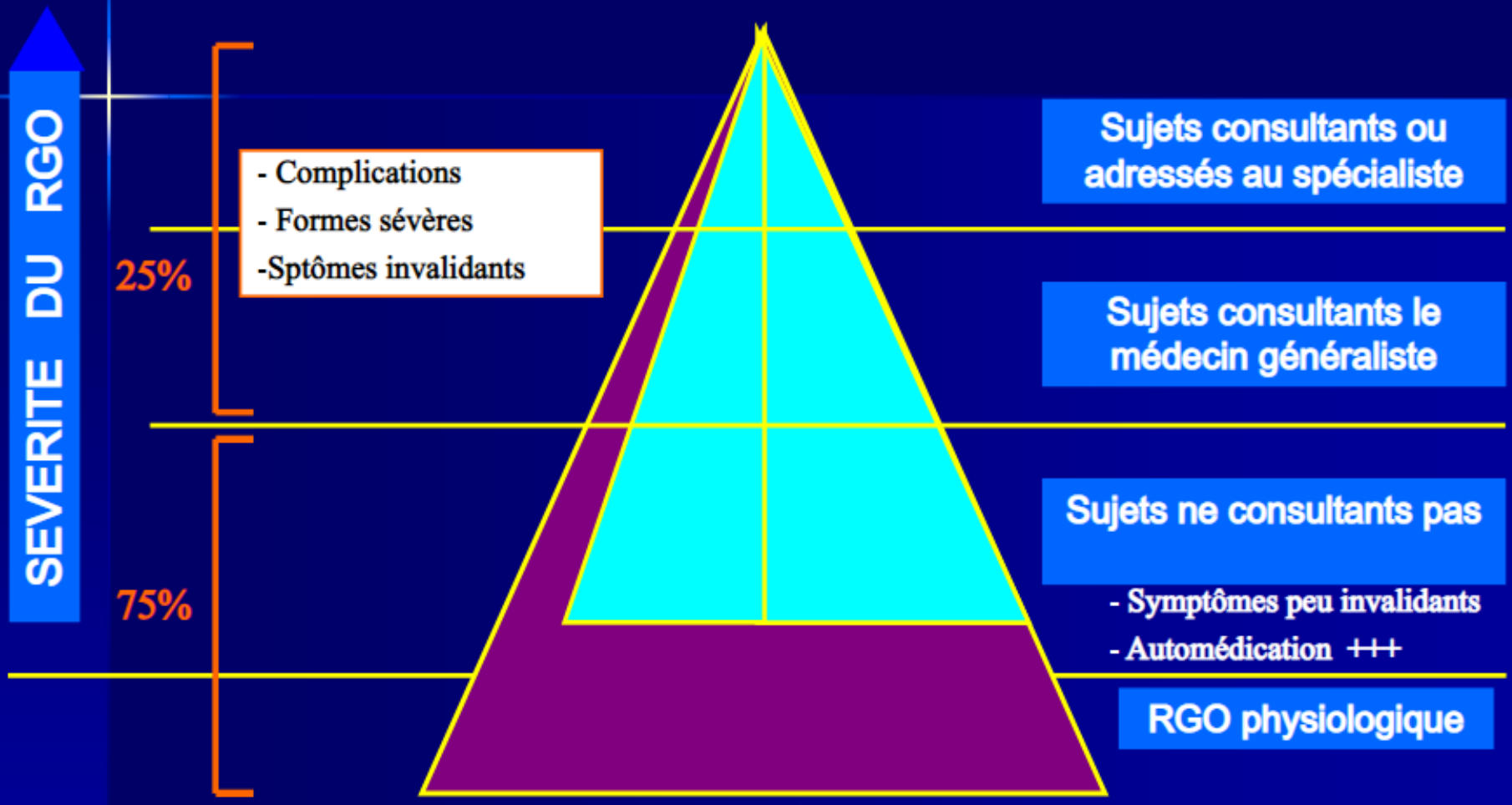
Physiologique

1. Bref, post-prandial++
2. Asymptomatique
3. Sans oesophagite

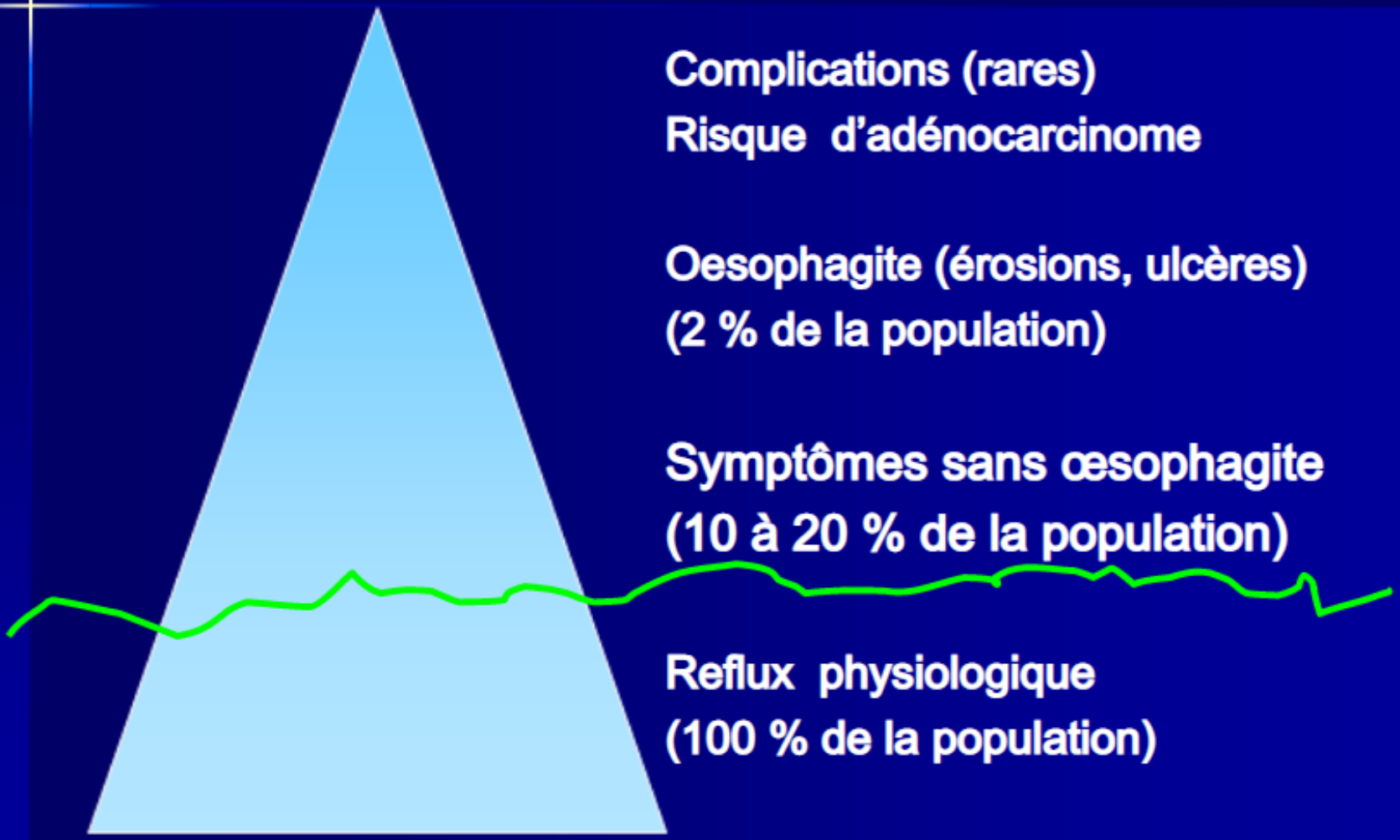
Pathologique

1. Répété, prolongé
2. Symptomatique
3. Et /ou oesophagite

Modèle de l' ICEBERG de CASTELL



LES DIFFERENTES FORMES DE REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN



Facteurs impliqués

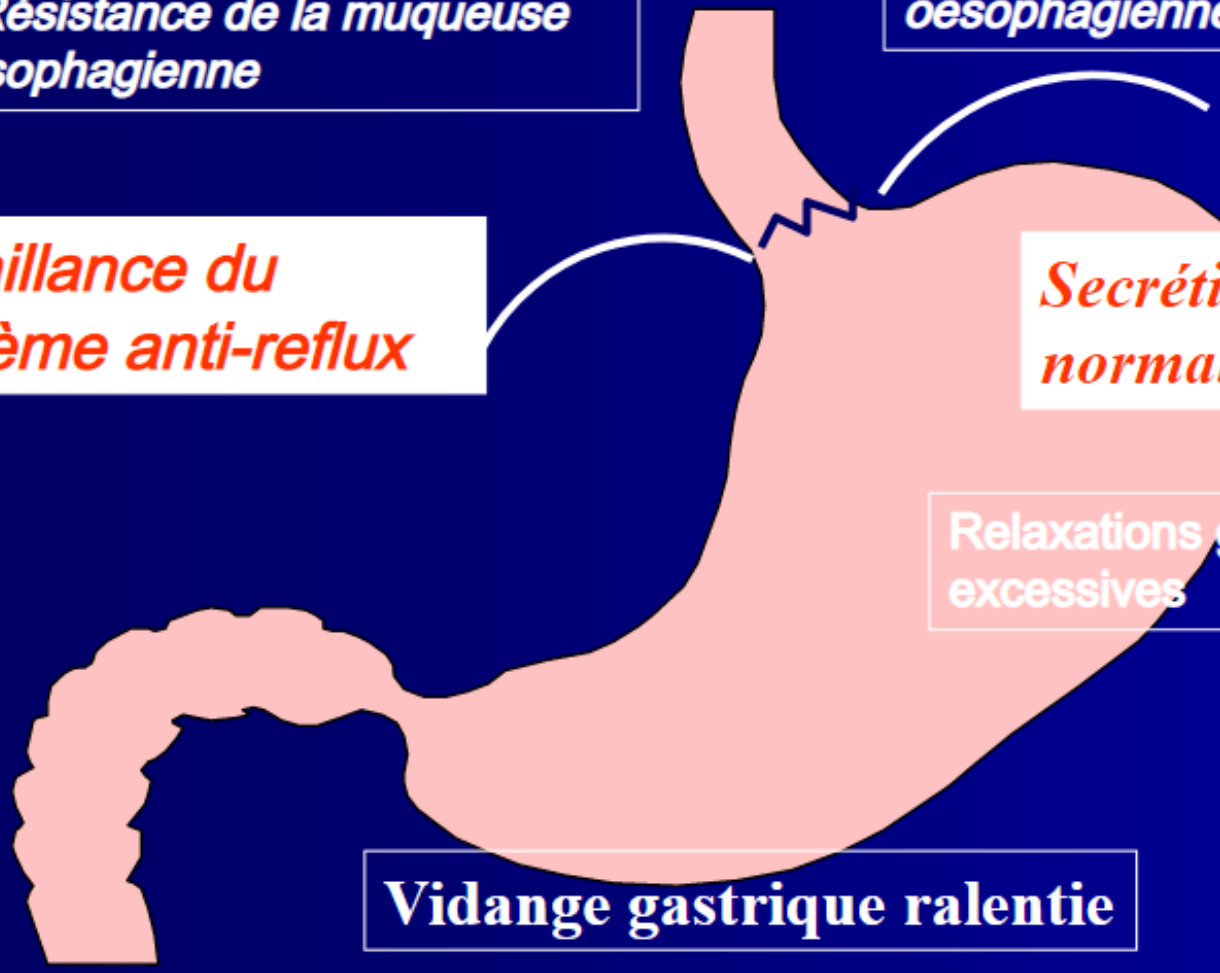
↓ Résistance de la muqueuse oesophagienne

Anomalies des contractions oesophagiennes

Défaillance du système anti-reflux

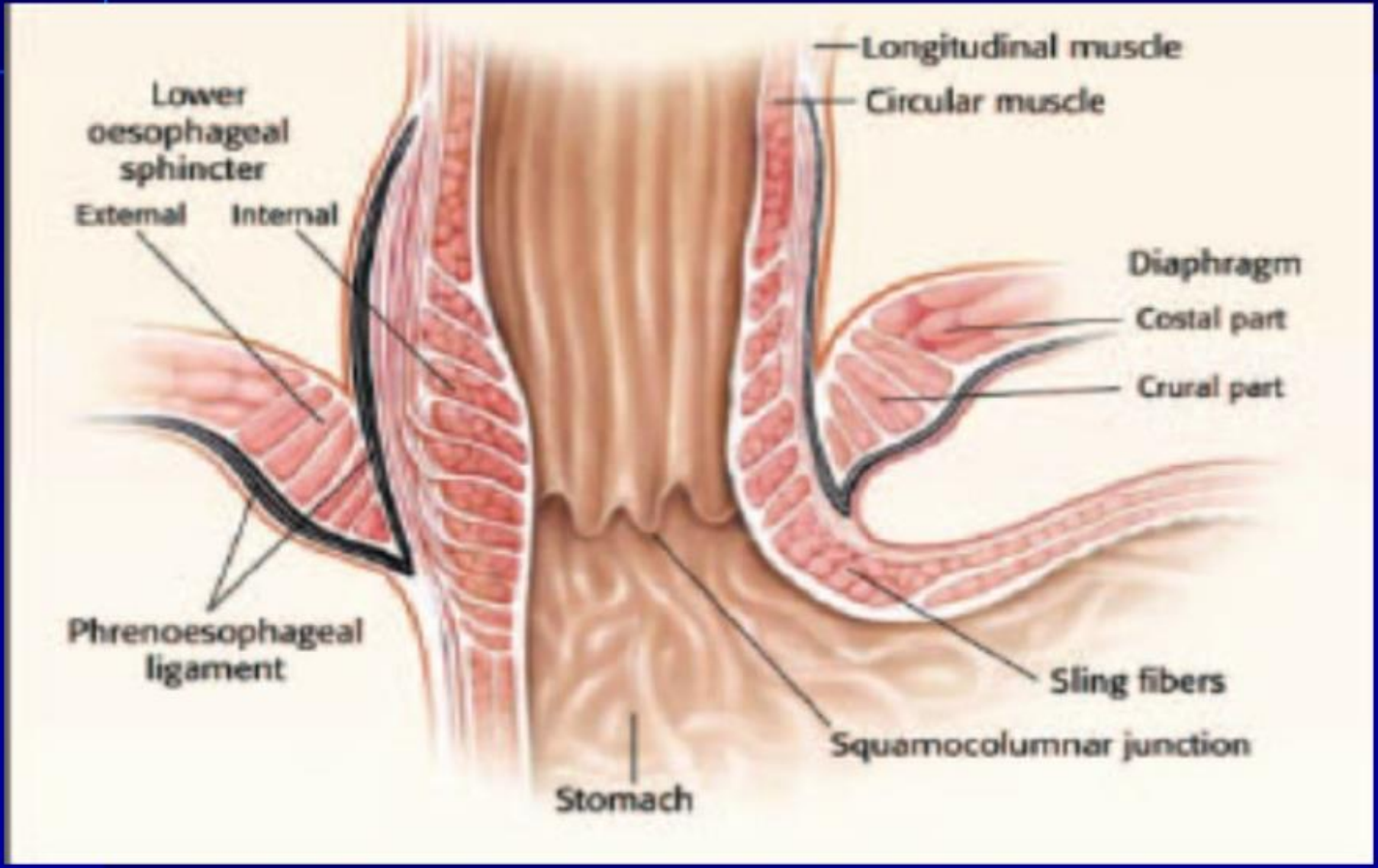
Sécrétion acide normale = agresseur

Relaxations gastriques excessives

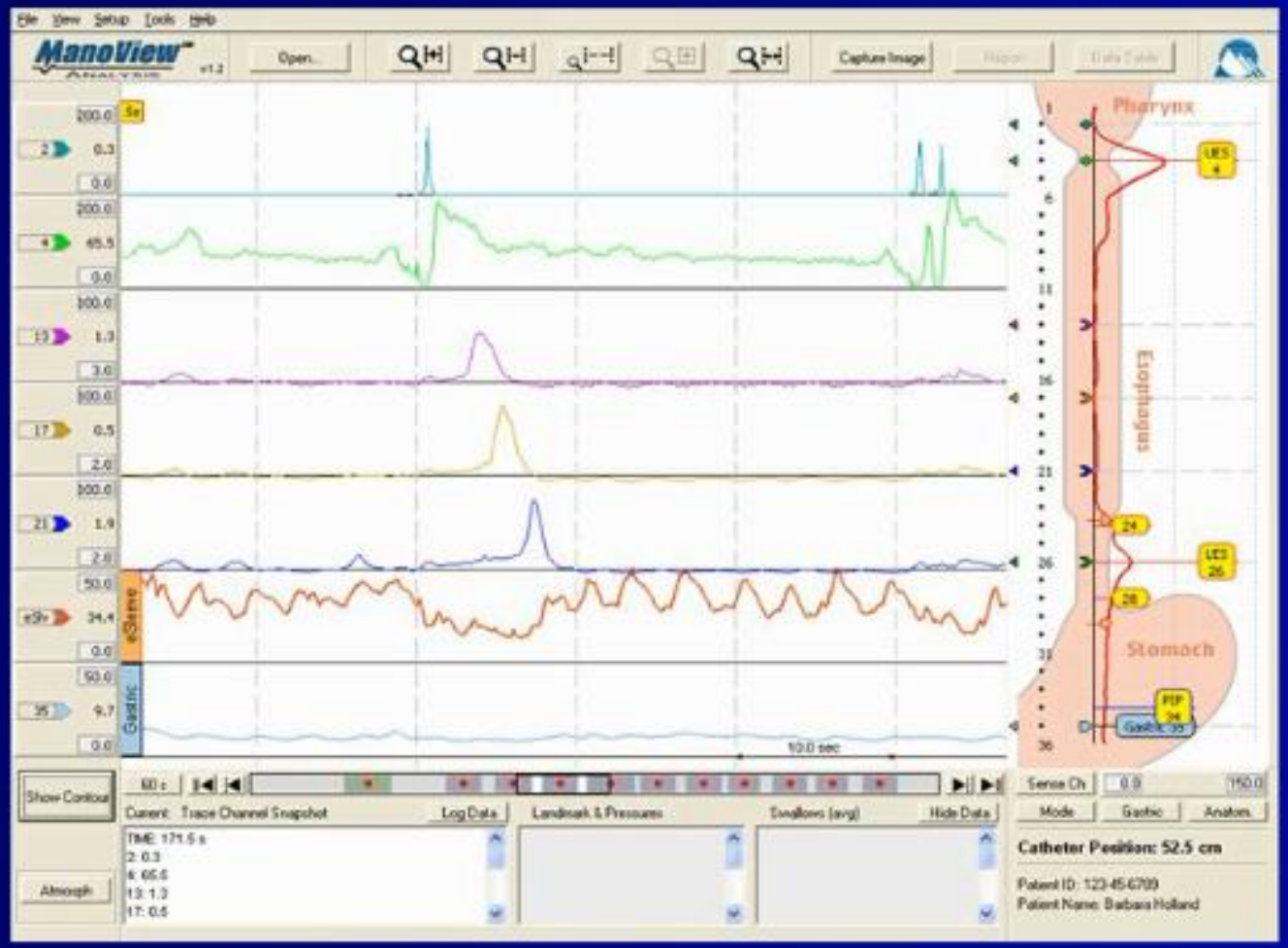


Vidange gastrique ralentie

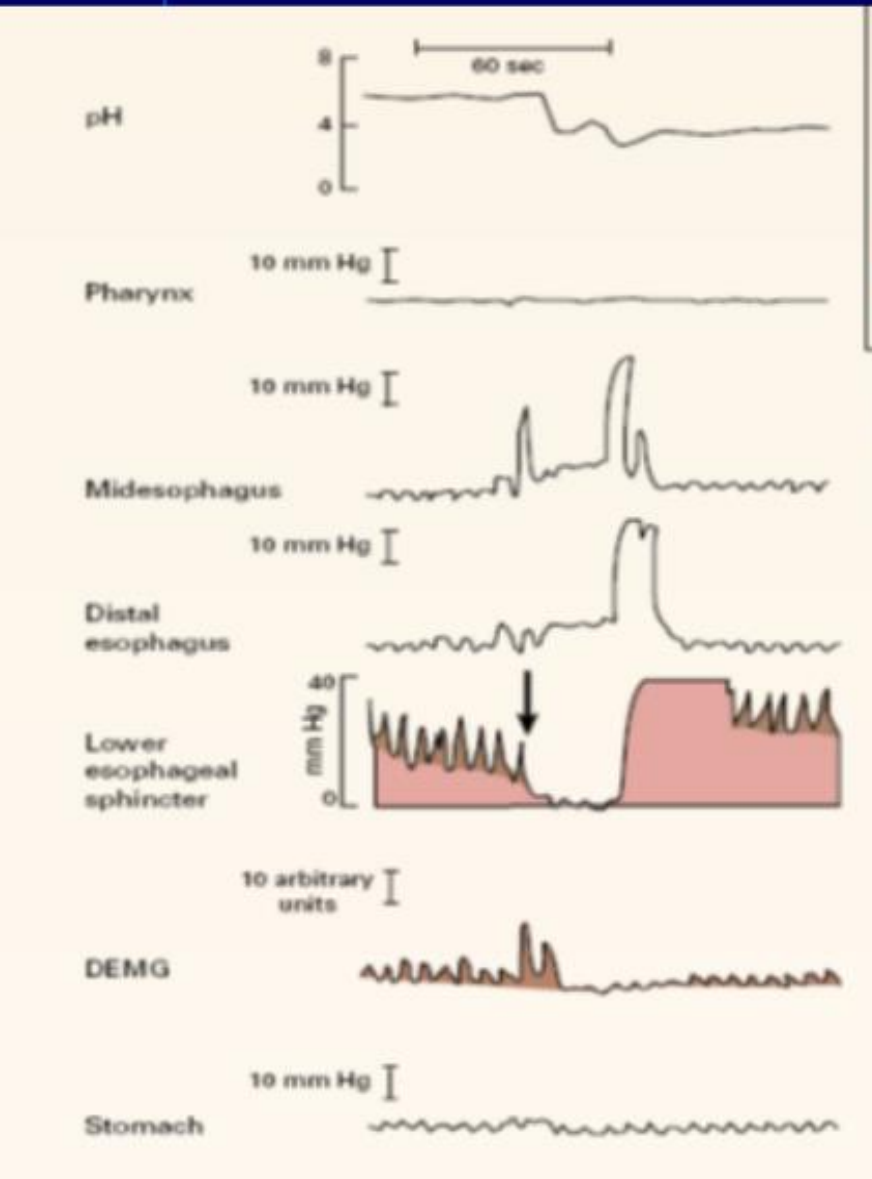
Système anti-reflux

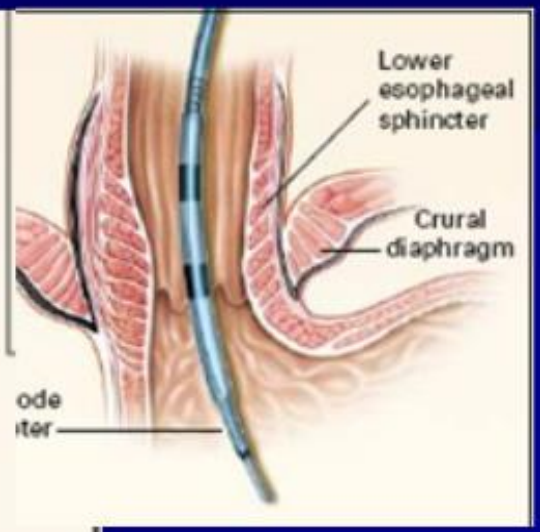


Manométrie Œsophagienne



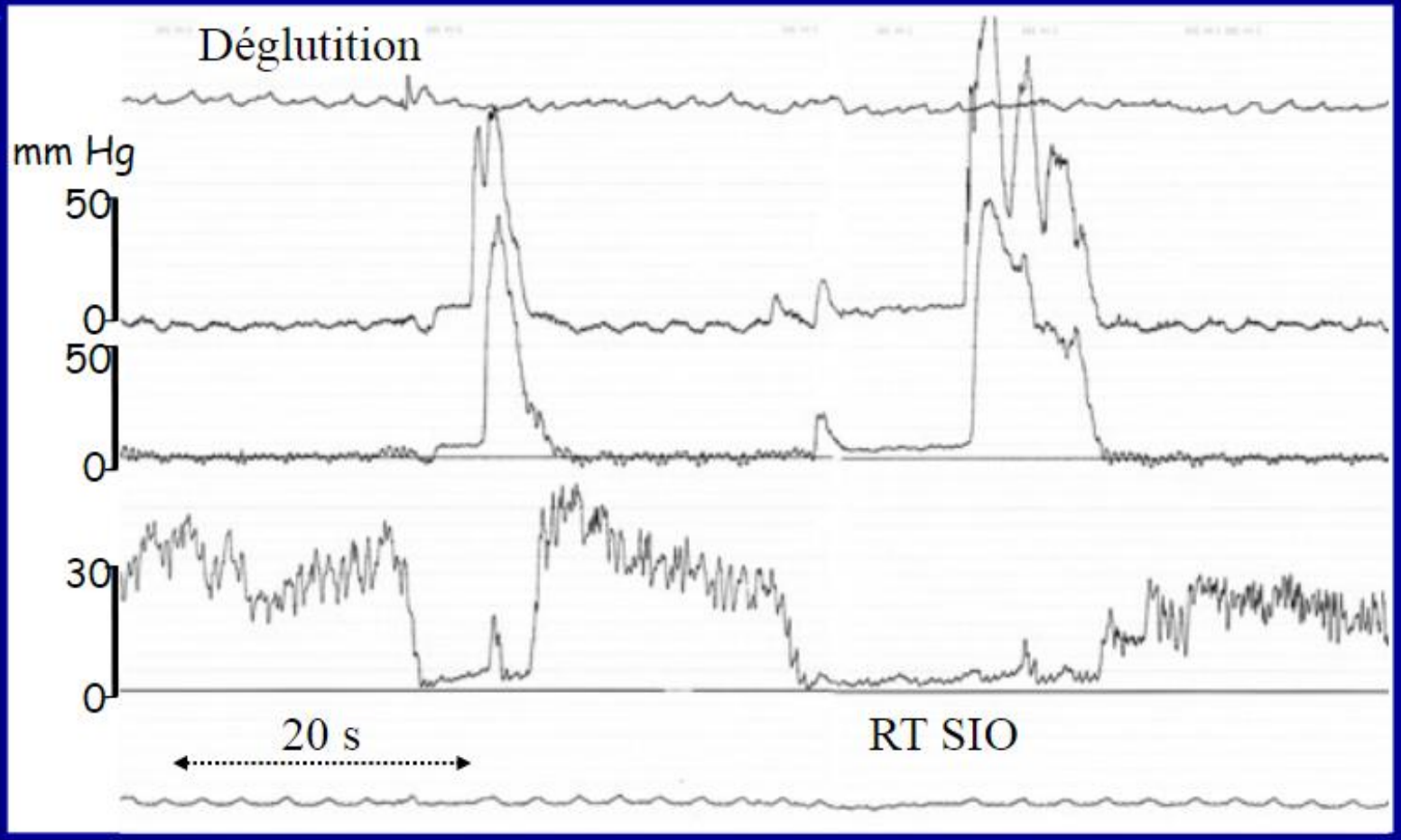
Défaillance du système anti-reflux





- Relaxations anormalement fréquentes et transitoires du SIO indépendantes de la déglutition

Relaxation transitoire du SIO

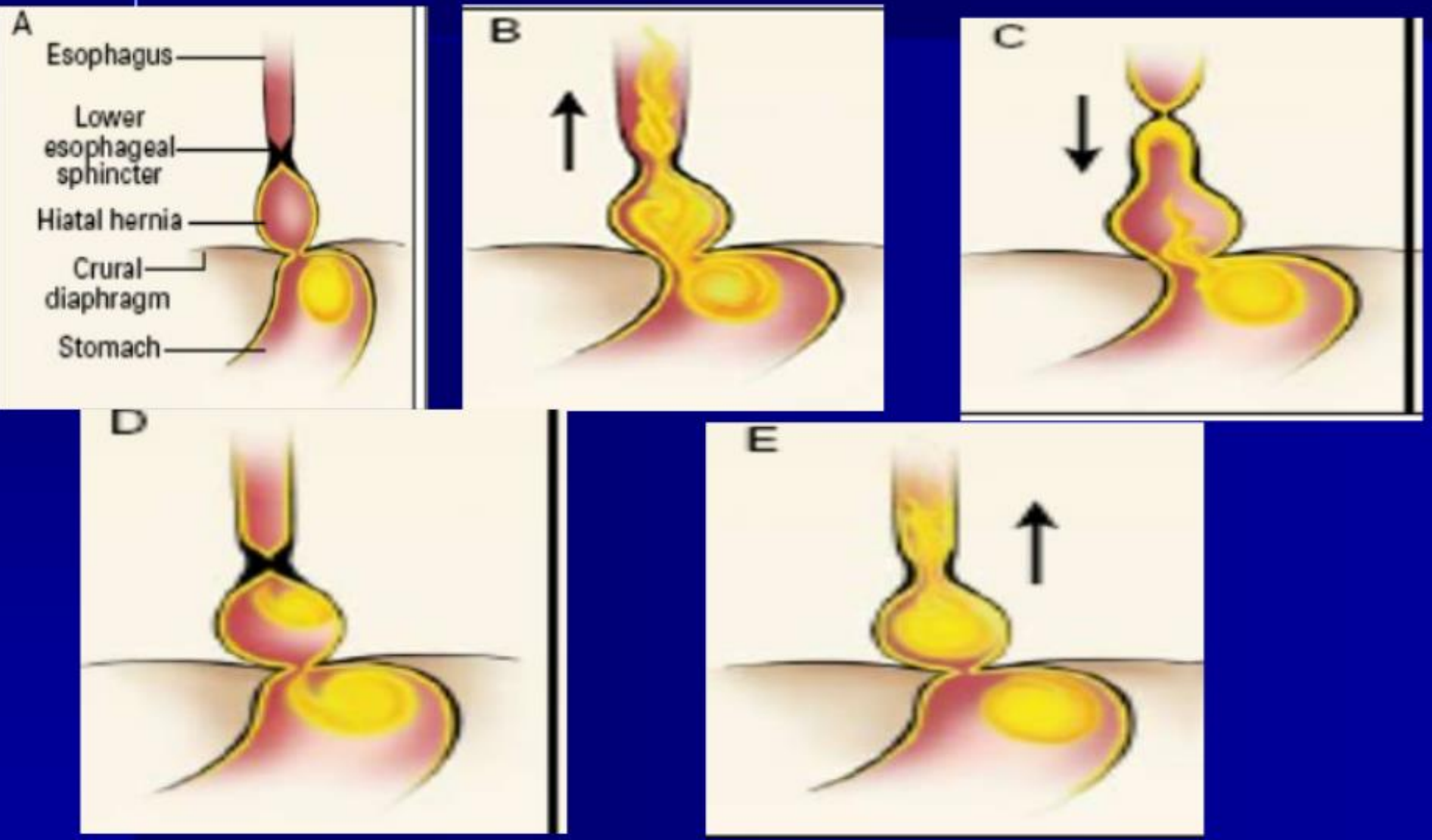


Défaillance du système anti-reflux: hernie hiatale par glissement

HH/G = protrusion d'une partie de l'estomac dans le thorax à travers le hiatus oesophagien du diaphragme.

- ***Ni nécessaire ni suffisante pour provoquer un RGO***
- ***Joue un rôle aggravant***

Défaillance du système anti-reflux hernie hiatale par glissement



Manifestations cliniques

Typique

Pyrosis
Régurgitation
(spécifité 90%)

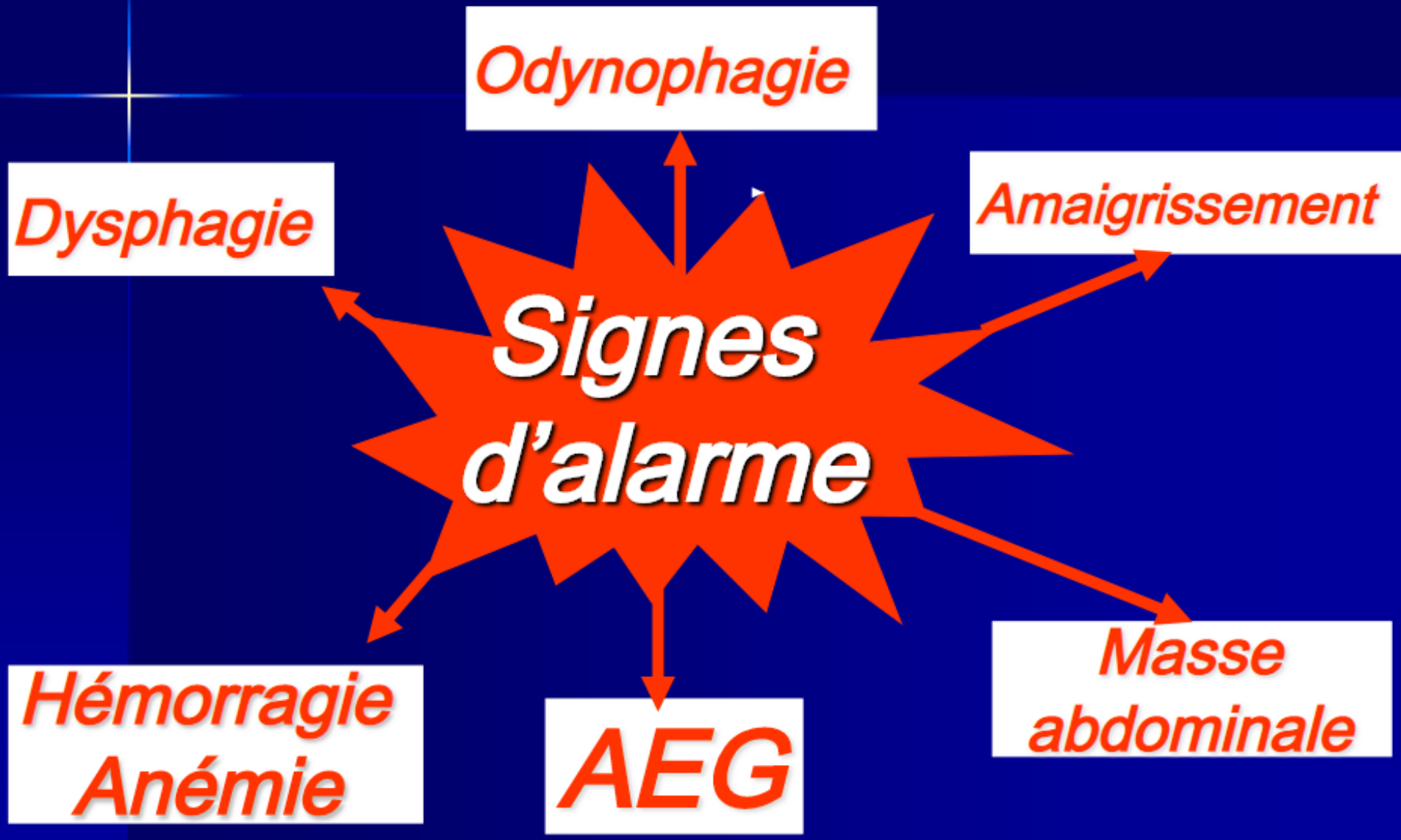
Atypique

1-Manif.digestives: brûlures epigatriques, nausées, éructations.

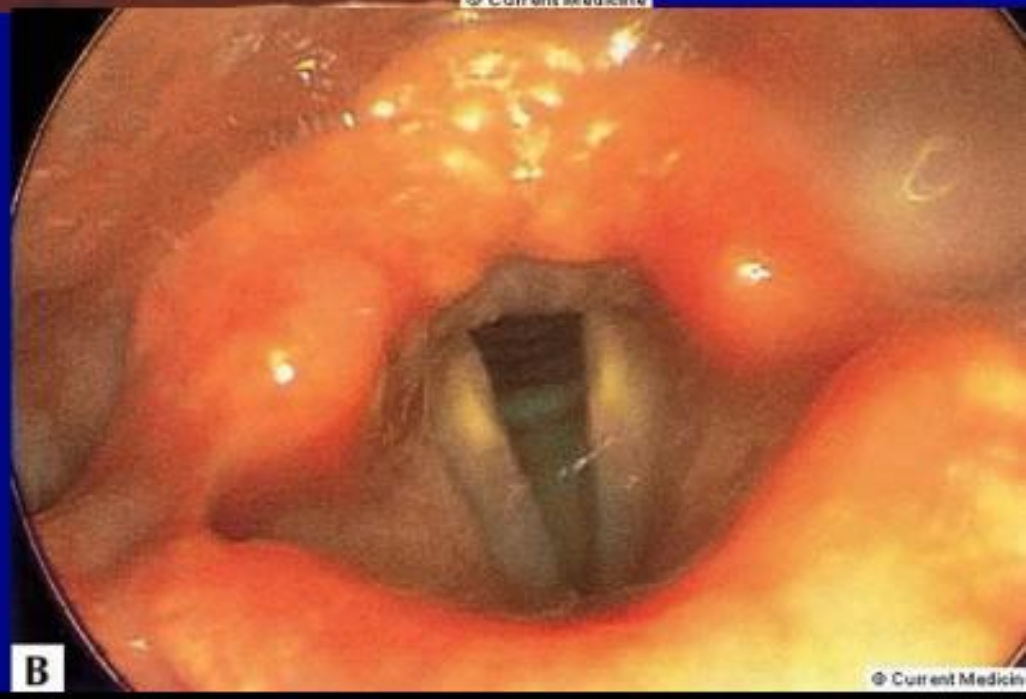
2-Manif.extra-digestives:

- Respiratoires: toux nocturne, asthme sévère, infections pul. à répétiion
- ORL: pharyngite à répétition, laryngite…
- Cardiaques: crises pseudo-angineuses
- Stomatologiques: gingivites, caries dentaires

Rechercher les signes d'alarme



Manifestations Extra-œsophagiennes



Stratégie diagnostique

Symptômes cliniques typiques

Age < 50 ans

Signes d'alarme = 0

(dysphagie, AMG, hémorragie digestive, anémie)

Age > 50 ans

Signes d'alarme +

Symptômes cliniques atypiques

Fibroscopie ++

Oesophagite

Normale

pHmétrie ++

Test thérapeutique ?

Autres examens: impédancemétrie

Diagnostic clinique ++

Examens complémentaires = 0

Ttt d'emblée

Diagnostic RGO

Fibroscopie :

- bilan de retentissement (complications ?)

- facteur favorisant (hernie hiatale ?)

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

QUAND FAUT IL FAIRE UNE ENDOSCOPIE ?

EOGD INDIQUEE DANS 5 SITUATIONS

1. Age > 50 ans
2. Signes d'alarme +
3. Symptômes atypiques: A visée diagnostique
4. Échec du traitement initial bien conduit
5. Bilan préopératoire

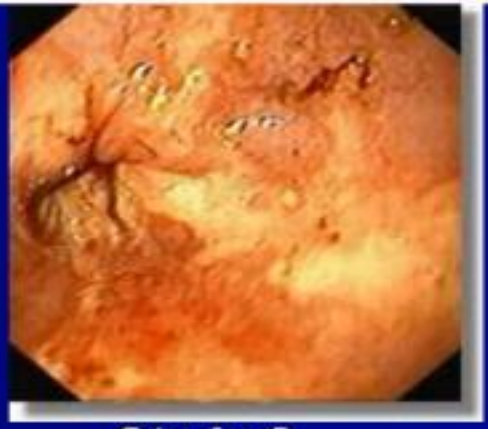
Pas nécessaire en cas de symptômes typiques age<50 ans + absence de signes d'alarme

RESULTATS DE L'ENDOSCOPIE

Classification de Savary

normal

Stade 1



Stade 2

Stade 3

Stade 4: ulcère

Stade 4: sténose

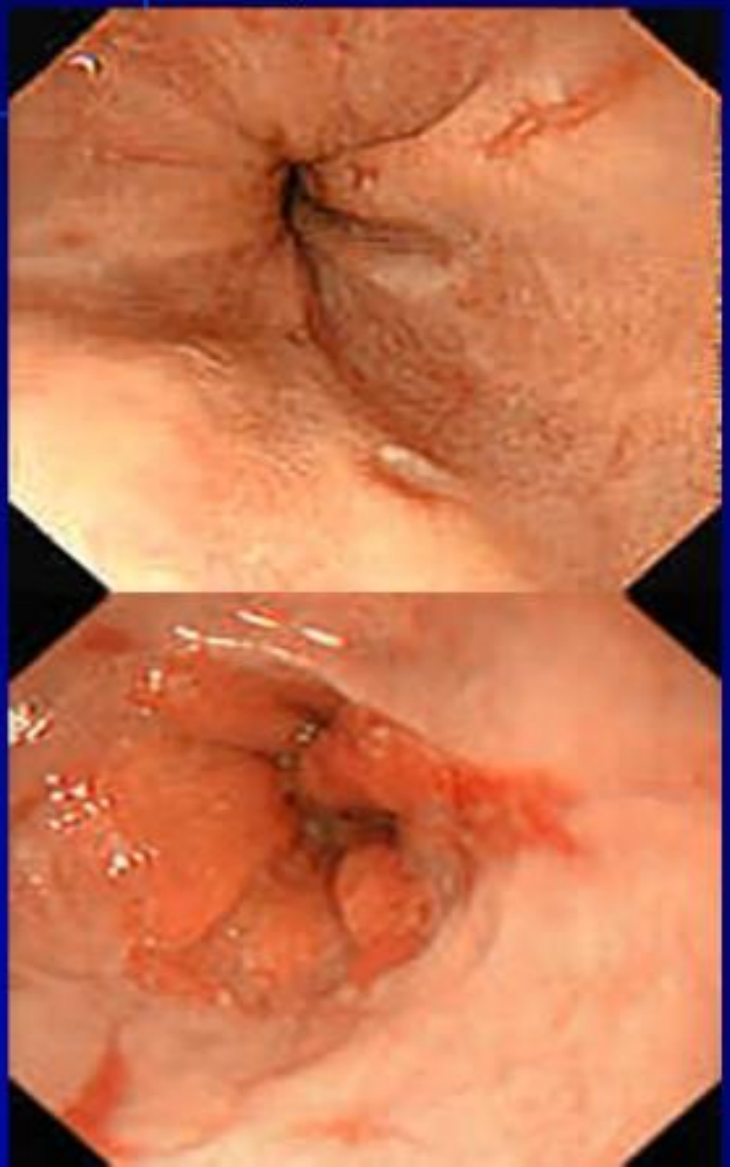
Stade 5: endobrachy-oesophage

Œdème, érythème

Normal

Érythème?

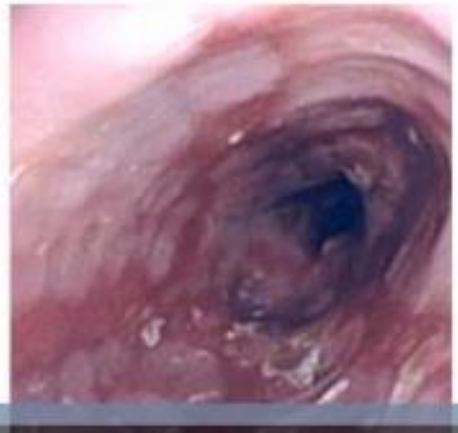
Œsophagite stade I



Œsophagite stade 2

Stage 2 esophagitis (Savary Miller). Non-confluent erosions stem from the squamo-columnar junction on erythematous tracts. There is an associated small (1-cm), sliding hiatal hernia

Stage 2 esophagitis (Savary Miller). Erythema and scattered erosions are noted in the distal esophagus



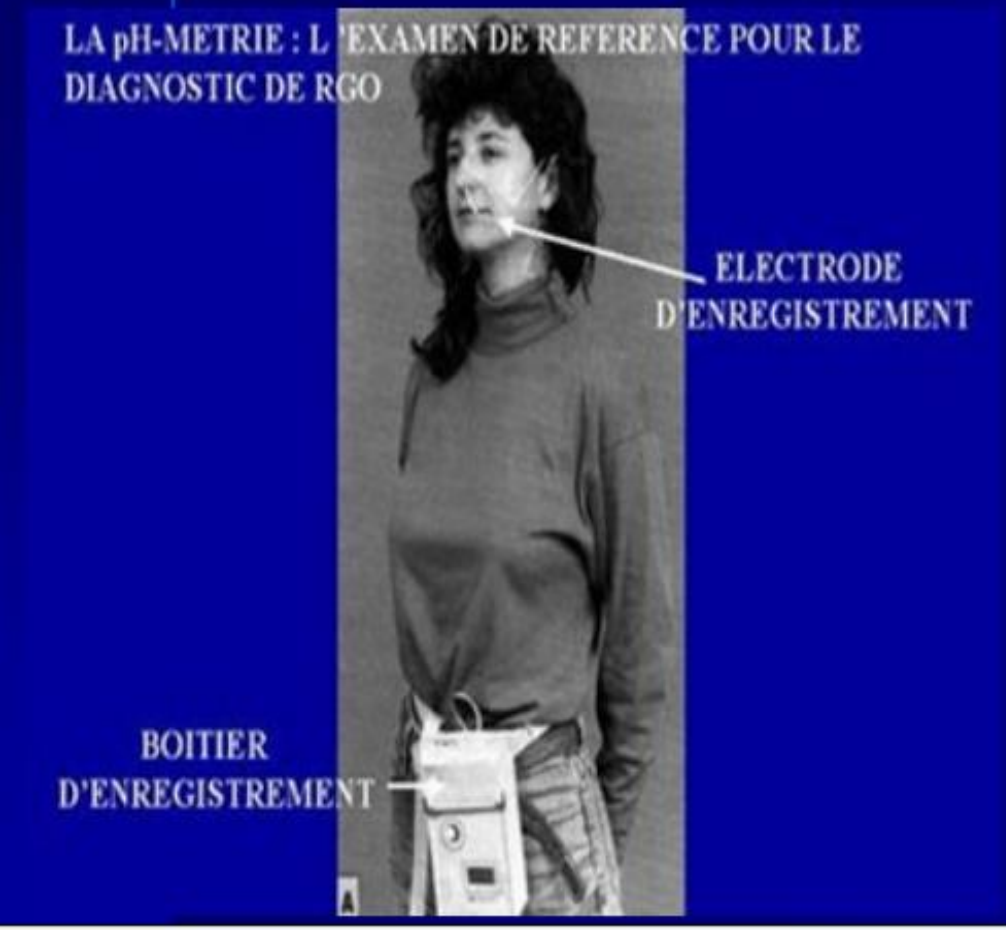
Œsophagite stades 3 & 4

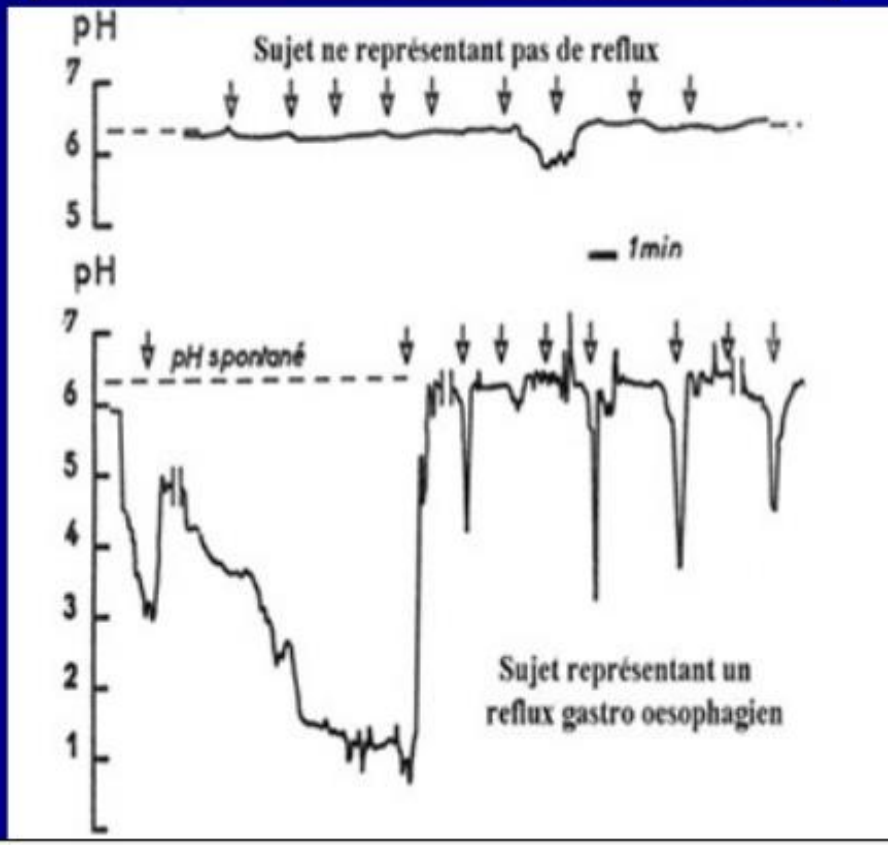
Reflux bilieux

pHmétrie des 24 heures

- En ambulatoire avec corrélation symptôme-reflux
- Indications:
  - RGO sévère sans oesophagite
  - Formes atypiques
  - Résistance au traitement médical

pHmétrie des 24 heures



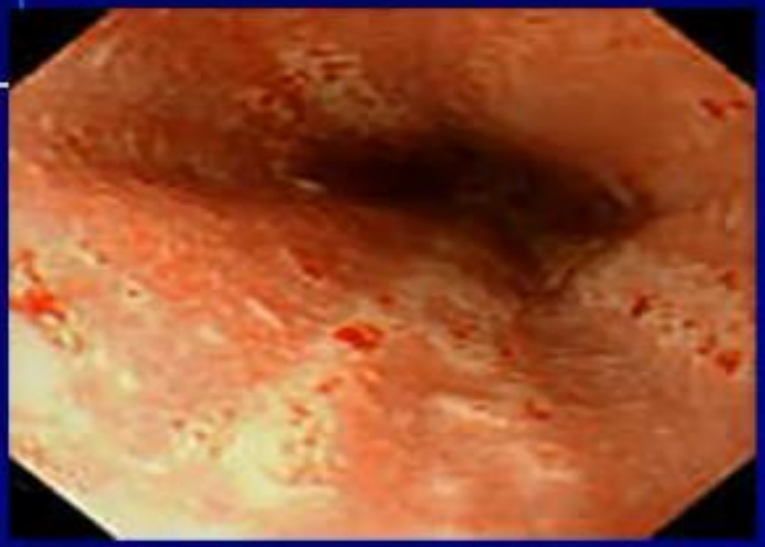


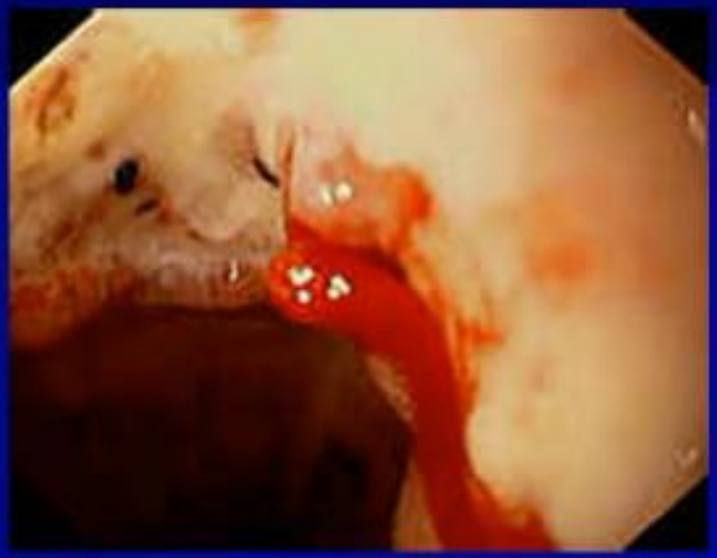
Autres explorations

- TOGD: inutile sauf en cas d sténose
- Manométrie oesophagienne
- Scintigraphie oesophagienne
- Évaluation de la sécrétion gastrique acide et dosage de la gastrinémie
- Test thérapeutique

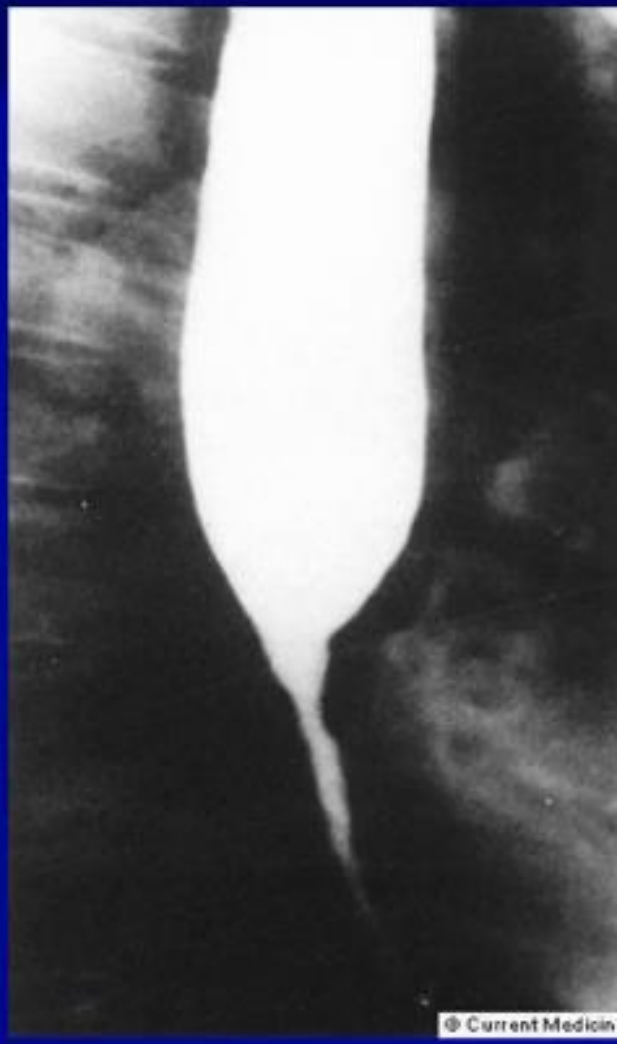
COMPLICATIONS

HÉMORRAGIE



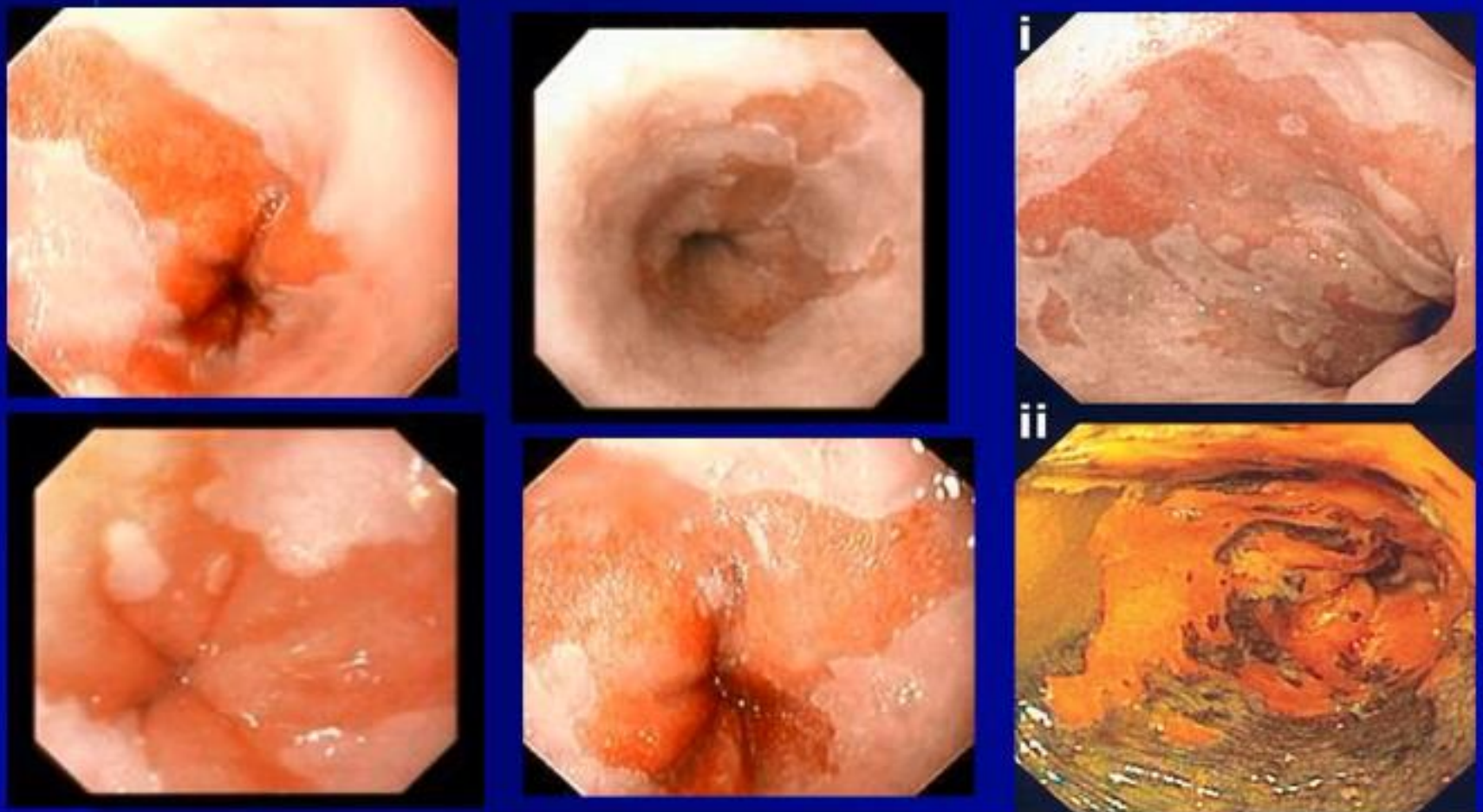


STENOSE PEPTIQUE



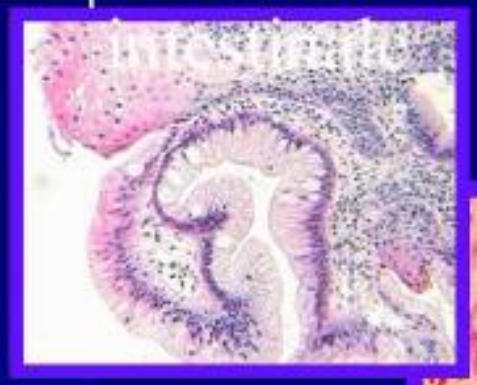
Œsophage de Barrett
Endobrachyœsophage

Endobrachy-œsophage = métaplasie intestinale de l'épithélium du bas oesophage

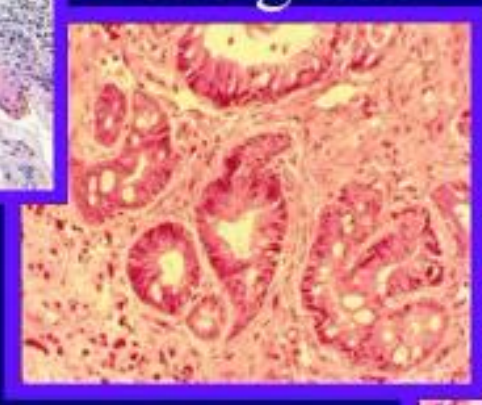


Endobrachyœsophage
= état précancéreux

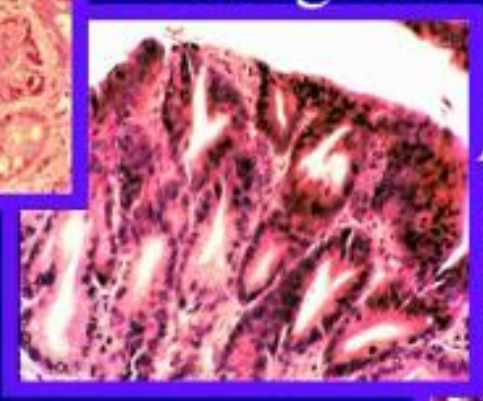
Métaplasie



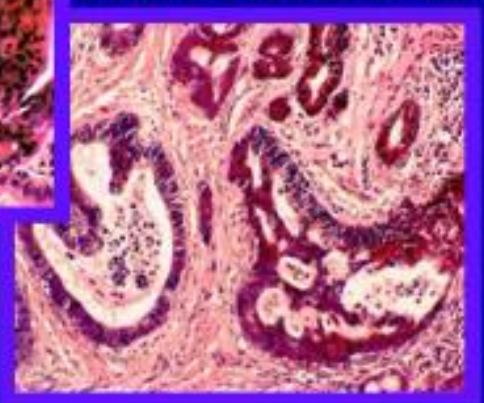
Dysplasie
bas grade



Dysplasie
haut grade



Adénocarcinome



Adénocarcinome sur Endobrachyœsophage

TRAITEMENT

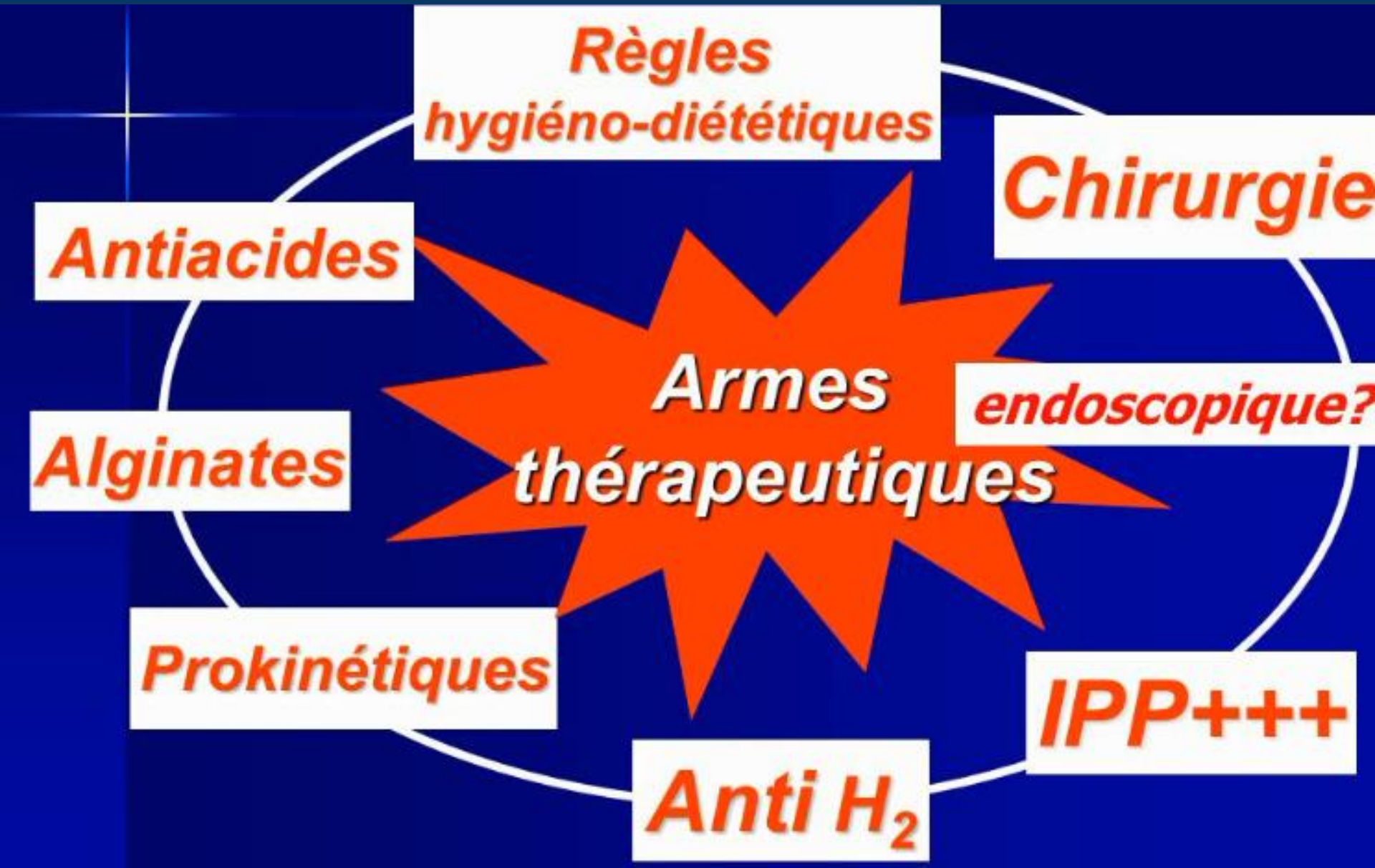
Quels sont les objectifs du traitement ?

-Soulager les symptômes
-Améliorer la qualité de vie

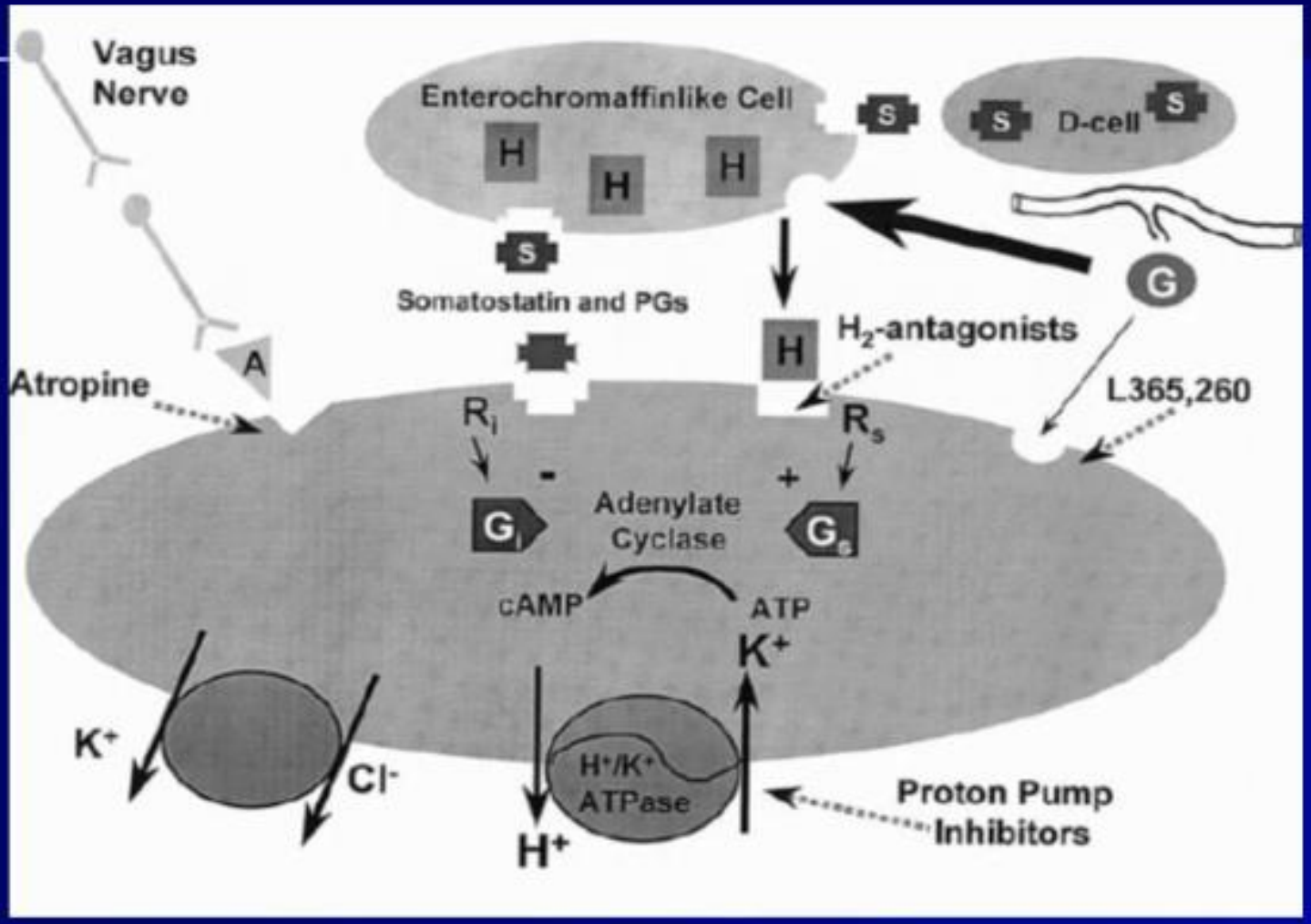
- Cicatrisation des lésions

Je souffre
Ma qualité de vie est altérée

Quelles sont les armes thérapeutiques?



ANTISECRETOIRES



Quels sont les conseils à donner à un malade souffrant d'un RGO ?

5 CONSEILS A DONNER

1. Surélever le niveau lit (tête)de 10 à 15 centimètres
2. Pas de repas copieux surtout le soir
3. Ne pas s'allonger immédiatement après un repas
4. Diminuer le poids si surcharge pondérale
5. Supprimer le tabac et l'alcool

TROIS SITUATIONS EN PRATIQUE

1ère situation

RGO typique + age<50 ans + pas de signes d'alarme

2ème situation

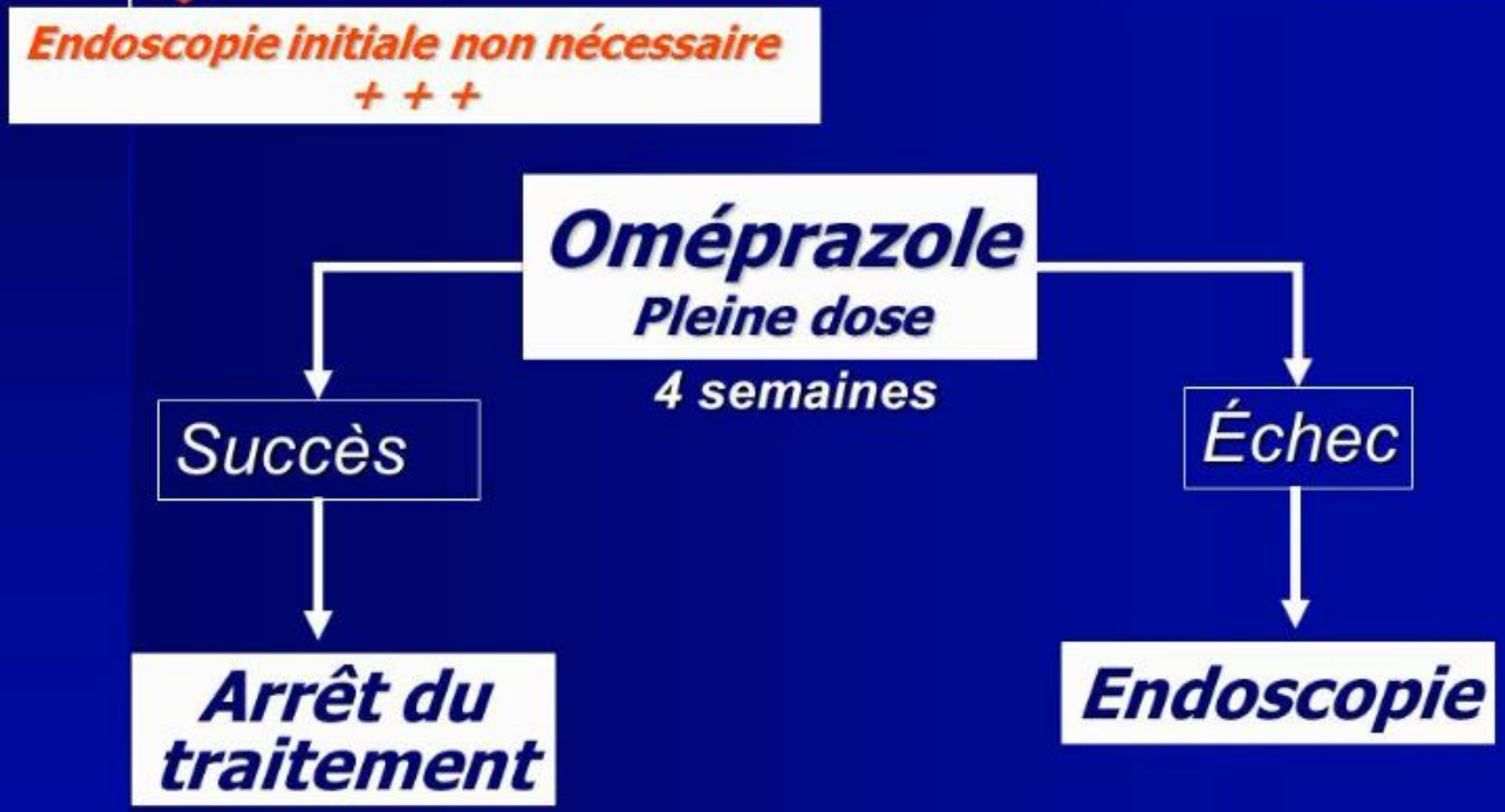
RGO typique + age >50 ans ou signes d'alarme

3ème situation

Manifestations atypiques

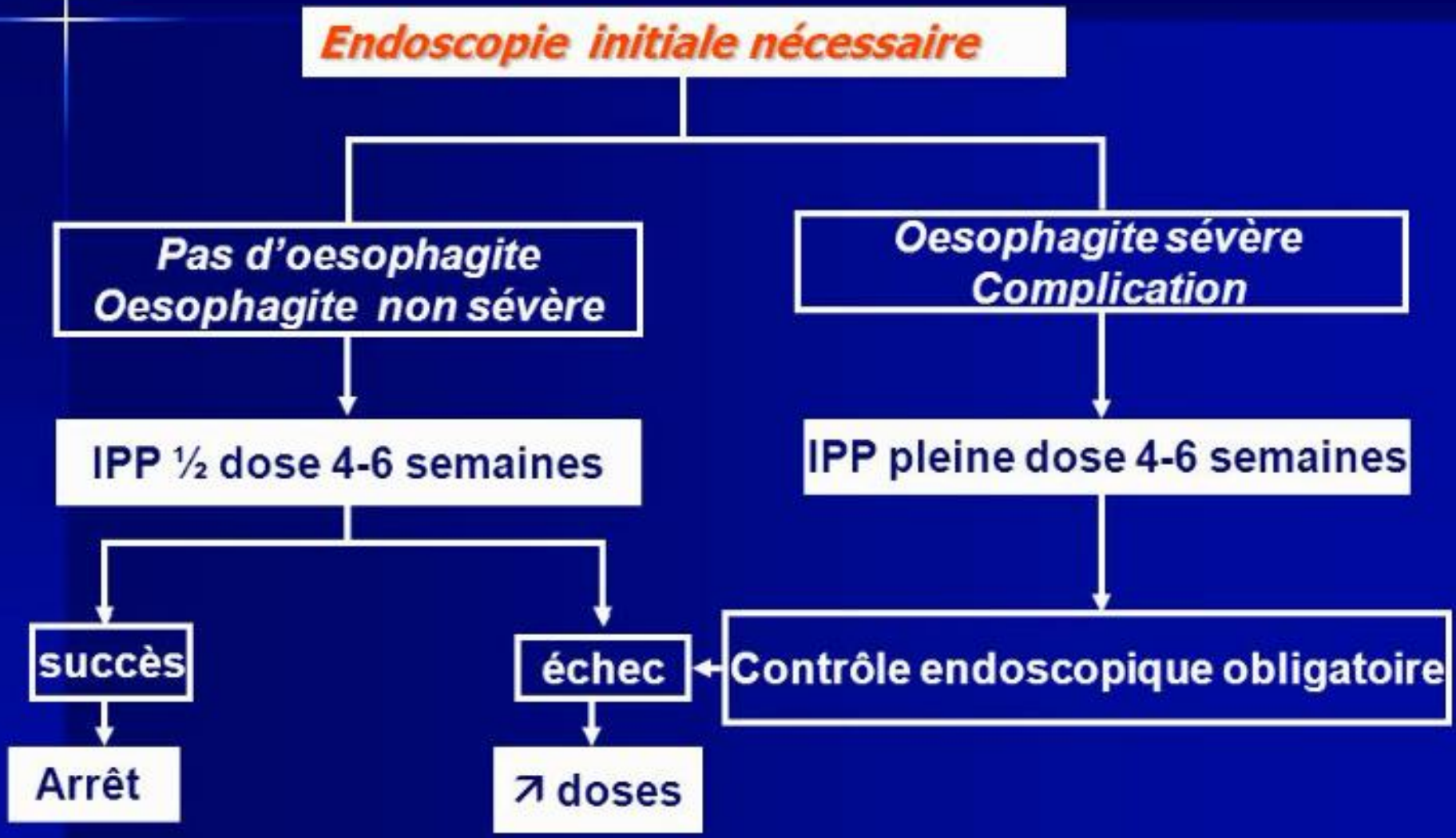
1ère situation

RGO typique, alarme(-), < 50 ans



2ème situation

RGO typique + âge>50 ans ou signes d'alarme (+)



3ème situation

MANIFESTATIONS ATYPIQUES

OESOPHAGOSCOPIE

OESOPHAGITE

PAS D'OESOPHAGITE

IPP DOUBLE DOSE 4 - 8 SEMAINES

pHMÉTRIE
TEST THÉRAPEUTIQUE

Quelle est la place du traitement au long cours ?

Trois indications

- Rechutes fréquentes ou précoces à l'arrêt du trt
- Altération qualité de vie
- Oesophagite sévère ou compliquée

Trt au long cours dose adaptée

Récidives espacées

Trt intermittent = trt qui a entrainé la rémission initiale

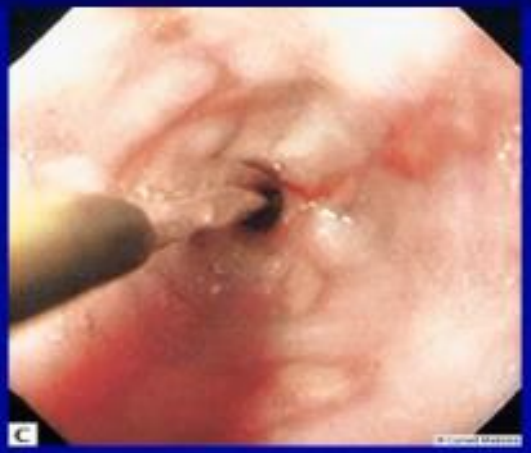
Symptômes occasionnels

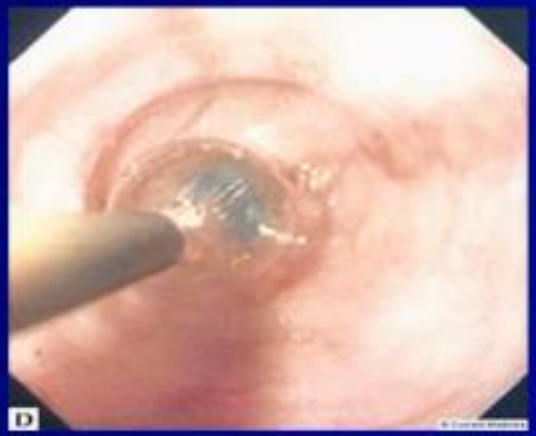
Traitement à la demande

Traitement des complications

Sténose peptique = dilatation + IPP

Bougies de Savary-Gilliard





Traitement des complications Endobrachyœsophage

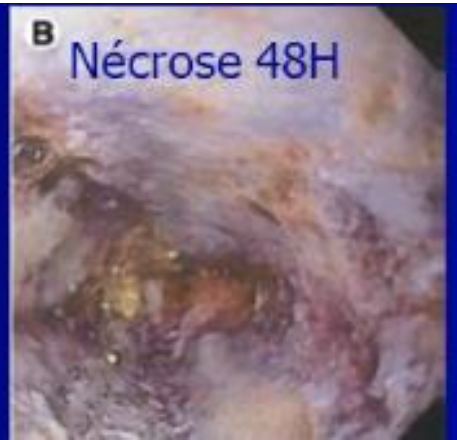
Pas de dysplasie

Dysplasie bas grade

- IPP
- Sce endoscopique

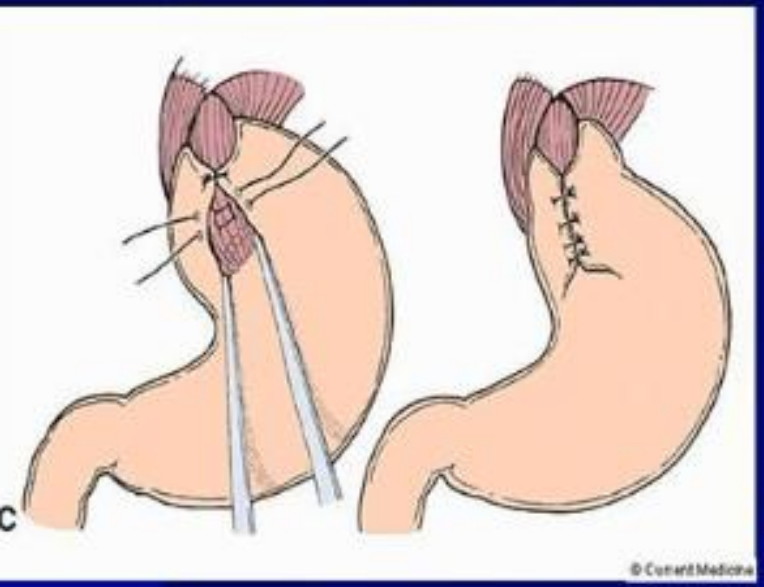
Dysplasie haut grade confirmée

-Résection endoscopique (dissection sous-muqueuse)
-Chirurgie (œsophagectomie)
-Si inopérable : destruction par Radiofréquence, Plasma Argon, Laser, Cryothérapie

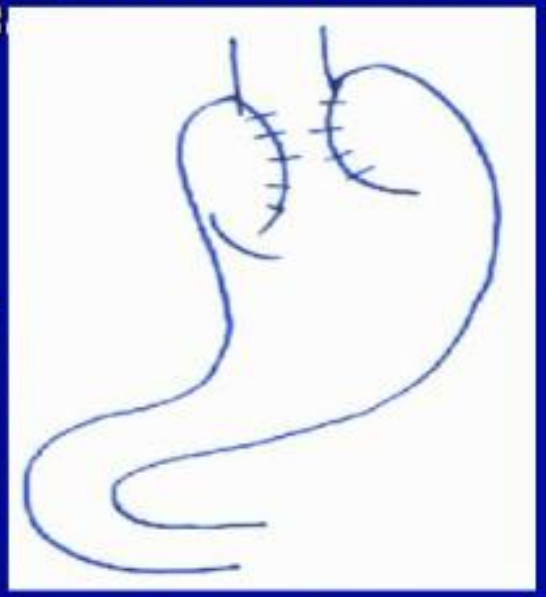


Quand faut-il discuter le traitement chirurgical ?

- RGO invalidant résistant au traitement médical bien conduit.
- RGO récidivant nécessitant le recours aux IPP au long cours, notamment chez le sujet jeune et/ou refusant l'astreinte du TM prolongé.

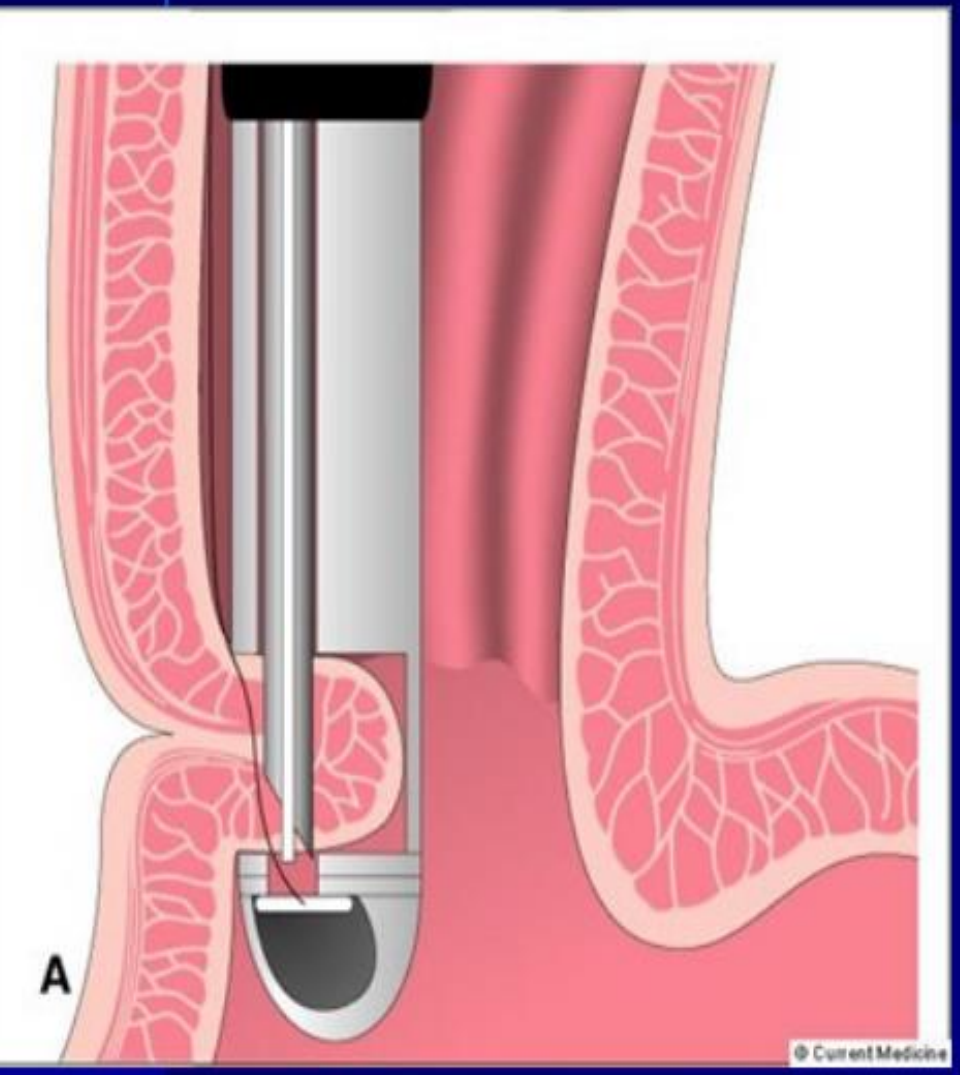


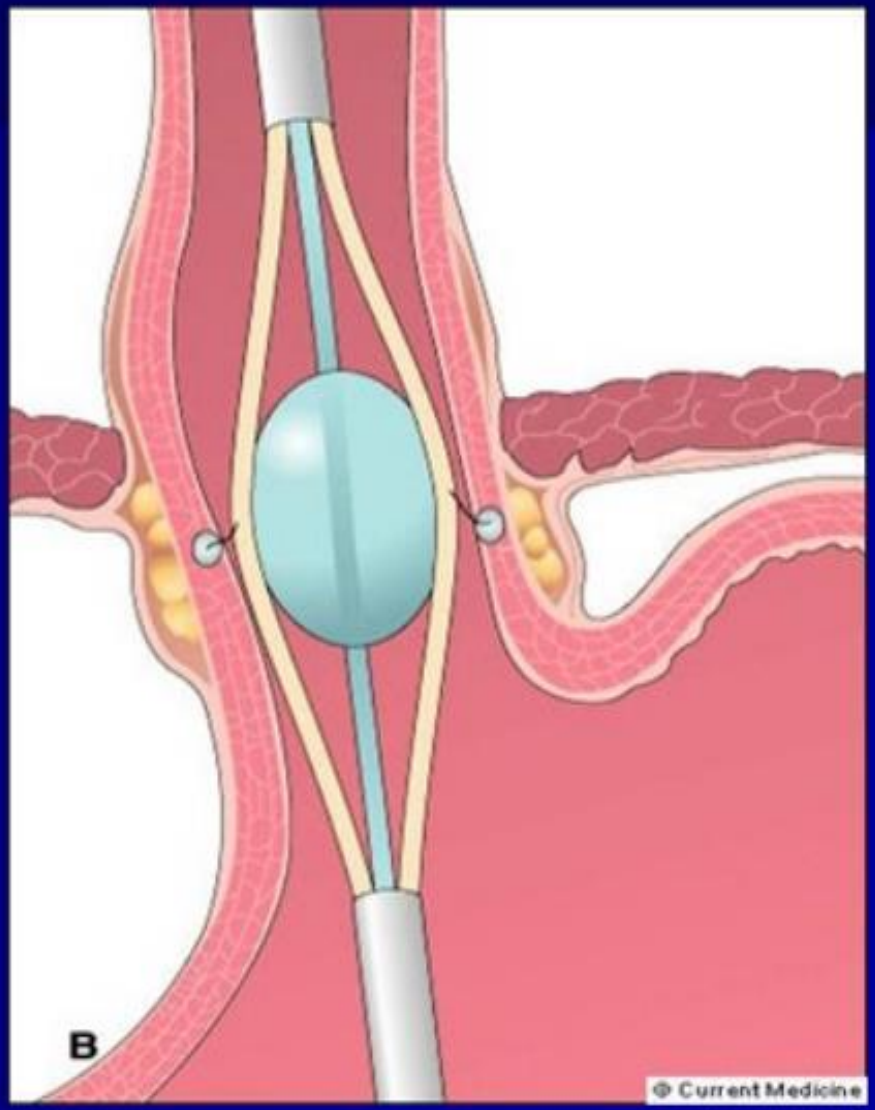
Nissen



Toupet

Traitement endoscopique





Points Clé

- La surcharge pondérale est un facteur épidémiologique majeur
- La spécificité du pyrosis et des régurgitations est telle que ces symptômes permettent le diagnostic clinique de RGO
- Les complications: sténose, oesophagite sévère, EBO
- La pH métrie affirme le reflux acide
- Les règles hygiénodiététiques ont peu d'intérêt
- Les IPP à 1/2 dose pour l'oesophagite peu sévère,
- à pleine dose quand l'oesophagite est sévère